

Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: LUAN RODRIGUES QUEIROZ FEITOSA

Nº Sinistro: 3180232004

Vitima: LUAN RODRIGUES QUEIROZ FEITOSA

Data do Acidente: 09/02/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180232004**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12941487



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 096-159-344-65	Nome completo da vítima LUIZ RODRIGUES QUEIROZ FEITOSA
---------------------------	---------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo LUIZ RODRIGUES QUEIROZ FEITOSA	CPF titular da conta 096-159-344-65	Profissão Téc. informática
Endereço RUA ZUIZ DE BRITO ALMEIDA	Número 84	Complemento
Bairro JARDIM VERDEZA	Cidade SANTA BESSOA	Estado PARAIBA
Email	CEP 58084-090	Telefone (DDD) 83-98890-7085

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 4914 DV 3134 DV 5 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome NRO. AGÊNCIA NRO. DV CONTA NRO. DV (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa 18 de Abril de 2018
Local e Data

x Luiz Rodrigues Queiroz Feitosá
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



12.132.271
PROTOCOLO
AG JOÃO PESSOA



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
1ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
1ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª DELEGACIA DISTRITAL — JOÃO PESSOA-PB



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL n.º 805/2015

Delegado responsável:
Policial que registrou a ocorrência:
Data do registro:
Hora do registro:

AURELINA M. MAGALHÃES
JOSELITO VIEIRA DA SILVA
02/03/2015
12:23

Noticiante/vítima:

Nome: **LUAN RODRIGUES QUEIROZ FEITOSA**; Nacionalidade: BRASILEIRA;
Filiação: **JOSÉ HILDEBRANDO QUEIROZ FEITOSA E DE MARIA DAS NEVES RODRIGUES DOS SANTOS**; Data nasc.: 19/10/91; Naturalidade: JOÃO PESSOA/PB;
Profissão/ocupação: TEC. EM INFORMATICA; Endereço: RUA. GOV. LIZ DE BRITO ALMEIDA, 26, JARDIM VENEZA; Município: JOÃO PESSOA/PB; Tel.: 83-87764141;
RG: 3604478 Órgão expedidor: SSP/PB.

HISTÓRICO:

Local do fato: **AV. EPITACIO PESSOA**; Data do fato: **09/02/15**; Hora do fato: **02:00 H**;
O noticiante alega que:

FOI VITIMA DE UM, ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, CAUSADO POR ELEMENTOS DESCONHECIDOS DE ONDE ARREMESARAM PEDRAS EM DIRIEÇÃO A UM ÔNIBUS DA EMPRESA TRANSNACIONAL - UNITRANS, QUE O REFERIDO ÔNIBUS TEVE SEU TRAJETO ALTERADO VINDO A TOMBAR E A COLIDIR EM UMA ARVORE, DEIXANDO VARIOS FERIDOS, INCLUSIVE O DECLARANTE, ONDE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE TRAUMA DA CAPITAL ONDE QUEBROU O FEMO DIREITO E VARIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO, PELO MOTIVO DO FATO REGISTRAR E SOLICITA CERTIDÃO. O REFERIDO E VERDADE. DOU FÉ. .

O noticiante está ciente das penalidades aplicadas ao crime de falsidade ideológica, previstas no art. 299 do Código Penal Brasileiro, caso as declarações que fez constar neste documento não correspondam à verdade.

Assinatura do noticiante: *Luana Rodrigues Feitos*

Policial que efetuou o registro:

13 ABR. 2015
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

50770
Autentico a presente copia, reprodução fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.
João Pessoa-PB 14/10/2016 08:53:30
Charles Bernardo Torres Perreira - Escrevente
[2016-07/188] EMULIR 2,12 FAFEM:R\$ 0,25 FEPJ:R\$ 0,42 ISS:R\$ 0,11
SELLO DIGITAL: ACP63823-WHTK
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

LUAN RODRIGUES RUIZ FETOSA

CPF da Vítima

096151-344-65

Data do Acidente

09.02.2015

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

83-98840-7085

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

13 ABR 2015
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa 18 de Abril de 2015
Local e Data

Luana Rodrigues Ruiz Fetosa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Cruz Vermelha Brasileira

onibus - R

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO
DA PARAÍBA

8

TR

ACOLHIMENTO, 0 - - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento Emergencial: 813340

Identificação do paciente			
ID 844819	Nome LUAN RODRIGUES QUEIROZ FEITOSA		Sexo Masculino
Data de nascimento 19/10/1991	Idade 23 anos 3 meses 21 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA
Mãe MARIA DAS NEVES RODRIGUES DOS SANTOS	Pai JOSE ILDEBRANDO QUEIROZ FEITOSA		
Escolaridade NAO INFORMADO	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 88938638	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Nº Cns	
Local de procedência AV EPITACIO PESSOA	Tipo BAIRRO	UF PB	
E-mail NAO INFORMADO	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58084000	Município de residência JOAO PESSOA	Logradouro Martinho Lutero	
Número SN	Complemento	Bairro Jardim Veneza	
Admissão			
Data e Hora Prevista 09/02/2015 03:07:09	Número da pulseira 3158479	Convênio SUS	
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco VERMELHA	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE ONIBUS	Detalhe do acidente VEICULO X OBJETO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou SAMU		
Sinais Vitais			
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []		ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendida por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA			Tempo 02min 54seg

Imprimir

13 ABR. 2015

PROTOCOLADO

AG. JOAO PESSOA



Cruz Vermelha Brasileira

onibus - R

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO
DA PARAÍBA

8

TR

ACOLHIMENTO, 0 - - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento Emergencial: 813340

Identificação do paciente			
ID 844819	Nome LUAN RODRIGUES QUEIROZ FEITOSA		Sexo Masculino
Data de nascimento 19/10/1991	Idade 23 anos 3 meses 21 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA
Mãe MARIA DAS NEVES RODRIGUES DOS SANTOS	Pai JOSE ILDEBRANDO QUEIROZ FEITOSA		
Escolaridade NAO INFORMADO	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 88938638	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Nº Cns	
Local de procedência AV EPITACIO PESSOA	Tipo BAIRRO		UF PB
E-mail NAO INFORMADO	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58084000	Município de residência JOAO PESSOA	Logradouro Martinho Lutero	
Número SN	Complemento	Bairro Jardim Veneza	
Admissão			
Data e Hora Prevista 09/02/2015 03:07:09	Número da pulseira 3158479	Convênio SUS	
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco VERMELHA	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE ONIBUS	Detalhe do acidente VEICULO X OBJETO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou SAMU		
Sinais Vitais			
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []		ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendida por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA			Tempo 02min 54seg

Imprimir

13 ABR. 2015

PROTOCOLADO

AG. JOAO PESSOA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
R. FRANCISCO LEOCADIO RIBEIRO COUTINHO, S/N LOTE 51 - CE 50
58036-450 - JOAO PESSOA - PB

LUAN RODRIGUES Q FEITOSA
R LUIZ DE BRITO ALMEIDA 24
58084-090 - JOAO PESSOA - PB

JK007799863BR

672



CAIXA





Cruz Vermelha Brasileira

onibus - R

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO
DA PARAÍBA

8

TR

ACOLHIMENTO, 0 - - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento Emergencial: 813340

Identificação do paciente			
ID 844819	Nome LUAN RODRIGUES QUEIROZ FEITOSA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 19/10/1991	Idade 23 anos 3 meses 21 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA
Mãe MARIA DAS NEVES RODRIGUES DOS SANTOS	Pai JOSE ILDEBRANDO QUEIROZ FEITOSA		
Escolaridade NAO INFORMADO	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 88938638	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Nº Cns	
Local de procedência AV EPITACIO PESSOA	Tipo BAIRRO	UF PB	
E-mail NAO INFORMADO	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58084000	Município de residência JOAO PESSOA	Logradouro Martinho Lutero	
Número SN	Complemento	Bairro Jardim Veneza	
Admissão			
Data e Hora Prevista 09/02/2015 03:07:09	Número da pulseira 3158479	Convênio SUS	
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco VERMELHA	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE ONIBUS	Detalhe do acidente VEICULO X OBJETO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou SAMU		
Sinais Vitais			
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []		ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendida por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA			Tempo 02min 54seg

Imprimir

13 ABR. 2015

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA



Primeiro Atendimento Médico

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS – MECANISMOS DO TRAUMA

EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☐ Pervas ☐ Obstruídas

AÉREAS ☐ Sim ☐ Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☐ Sim ☐ Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ Sem dificuldade ☐ Com dificuldade

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD ☐ Presente e normal ☐ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente

HTE ☐ Presente e normal ☐ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente

2 - RUÍDOS

☐ sim ☐ Não

HTD ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores

HTE ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores

FR: _____ imp SaO₂ _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

☐ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica

☐ Pletórica ☐ Ictérica

TEMPERATURA DA PELE

☐ Normal ☐ Quente ☐ Fria

PULSO

☐ Normal ☐ Aumentado

☐ Fino ☐ Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

RÍTIMO

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente

BULHAS

☐ Normotonéticas ☐ Hipofonéticas

☐ Hipofonéticas ☐ Ausente

SOPRO

☐ Presente ☐ Ausente

BE OU B4

☐ Sim ☐ Não

FC: _____ bpm PA: _____ X _____ mmHg T: _____ °C

ECG:

ABDOMEN:

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fotorreagente

☐ Paralisadas

☐ Isocóricas

☐ Anisocóricas

(diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

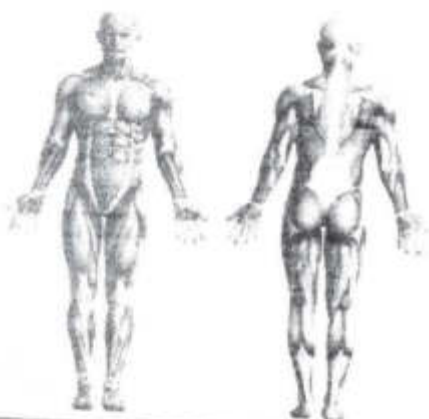
ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao continuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: () Não () Sim: _____
 MEDICAMENTOS: () Não () Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO () Não () Sim: _____
 PATOLOGIA () Não () Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: () Não () Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendinea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Efisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encravado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: () 1º grau () 2º grau () 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

- () Radiografias
 () Ultrassonografia (FAST)
 () Tomografia computadorizada
 () Lavado peritoneal
 () Gasometria arterial
 () Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS

CÓDIGO

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Alexandre B. M. de Almeida
 Ortopedia & Traumatologia
 CRM-PB 6229 CHS: 99999

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da _____ às _____ do dia _____
 Solicito parecer da _____ às _____ do dia _____

DESTINO DO PACIENTE

- DATA _____
 DA _____
 SAÍDA _____
 HORAS: _____
- () Centro cirúrgico
 () Transferência (unidade de saúde)
 () Internado (setor)
 () Alta hospitalar () Decisão médica () A pedido () A reavalia () Desistência
 () Óbito () Até 48 hs. () Após 48 hs. () Família () JML () SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSIN

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSIN



LUAN RODRIGUES QUEIROZ FEITOSA

N de BE:

Idade: Sexo: Clínica:

Enf.: Leito:

Data de admissão: 09/02/2015. Alta: 23/02/2015.

Tempo de Permanência:

Diagnóstico de Internação: FRATURA DE FEMUR DIREITO

eVOLUÇÃO: Explico risco e cuidados e necessidade de mobilizar o joelho para eviatar rigidez

Diagnóstico Secundário:

Principais exames: RX

Cirurgia realizada - data e equipe: PO DE OSTEOSSESSINTESE COM PLACA + PARAFUSOS

Biópsias:

Anatomia patológica:

Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()

Resultado bacteriológico:

Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()

Resumo Clínico: historia evolução, terapêutica, complicações: Paciente em bom estado geral, EF: ferida cirurgica de bom aspecto, perfusão tecidual satisfatória

Orientações Pós Alta

Dieta: Branda

Repouso:

Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia s: sentir dor, calor, vermelhidão

Medicações para casa: AINE + ATB + ANALGESICO + CURATIVO

Retorno: VIDE CARTÃO

Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontc.

Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.

23/02/15

Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, IN SS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINSTERIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

13 FEB 2015
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Lúcia de Fátima
Clínica e Traumatologia
CRM-PB 8784



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	LUAN RODRIGUES QUEIROZ FEITOSA
DATA DE NASCIMENTO	19/10/91
NOME DA MÃE	MARIA DAS NEVES RODRIGUES DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	813.340
PRONTUÁRIO N.º	86.043
DATA DO ATENDIMENTO	09/02/15
HORA DO ATENDIMENTO	03:07
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE ÔNIBUS
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA COMINUTIVA SUBTROCANTÉRICA DO FÊMUR DIREITO GRAVE.
CID 10	V 77 + S 72.1.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE COLISÃO ÔNIBUS X OBJETO, RESGATADO PELO SAMU, QUEIXANDO-SE DE DOR EM COXA DIREITA. EF= EDEMA + DEFORMIDADE EM COXA DIREITA + FCC EM JOELHO DIREITO E NARIZ.

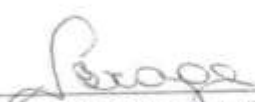
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE FÊMUR DIREITO- RELATO COT- FRATURA COMINUTIVA GRAVE SUBTROCANTÉRICA DO FÊMUR DIREITO
RX DE BACIA
RX DO PÉ ESQUERDO
EXAMES LABORATORIAIS PRÉ-OPERATÓRIOS

TRATAMENTO

PACIENTE SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DE FRATURA DO FÊMUR DIREITO, COM REDUÇÃO + FIXAÇÃO. OPERADO POR DR. MILTON LINHARES. HÁ RISCO DE DELAÇÃO DE CONSOLIDAÇÃO / PSEUDOARTROSE E INFECÇÃO. MEDICADO. ALTA COM PRESCRIÇÃO E RETORNO AO HTOP.

ALTA HOSPITALAR:	23/02/2025
DATA DA EMISSÃO:	24/04/2016


Dr. Joacila Braga Brandão
CRM: 1741/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	LUAN RODRIGUES QUEIROZ FEITOSA
DATA DE NASCIMENTO	19/10/91
NOME DA MÃE	MARIA DAS NEVES RODRIGUES DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	813.340
PRONTUÁRIO N.º	86.043
DATA DO ATENDIMENTO	09/02/15
HORA DO ATENDIMENTO	03:07
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE ÔNIBUS
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA COMINUTIVA SUBTROCANTÉRICA DO FÊMUR DIREITO GRAVE.
CID 10	V 77 + S 72.1.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE COLISÃO ÔNIBUS X OBJETO, RESGATADO PELO SAMU, QUEIXANDO-SE DE DOR EM COXA DIREITA. EF= EDEMA + DEFORMIDADE EM COXA DIREITA + FCC EM JOELHO DIREITO E NARIZ.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS

RX DE FÊMUR DIREITO- RELATO COT- FRATURA COMINUTIVA GRAVE SUBTROCANTÉRICA DO FÊMUR DIREITO
RX DE BACIA
RX DO PÉ ESQUERDO
EXAMES LABORATORIAIS PRÉ-OPERATÓRIOS

TRATAMENTO

PACIENTE SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DE FRATURA DO FÊMUR DIREITO, COM REDUÇÃO + FIXAÇÃO. OPERADO POR DR. MILTON LINHARES. HÁ RISCO DE ATARDAMENTO DE CONSOLIDAÇÃO / PSEUDOARTROSE E INFECÇÃO. MEDICADO. ALTA COM PRESCRIÇÃO E RETORNO AO HTOP.

ALTA HOSPITALAR: 23/02/2025
DATA DA EMISSÃO: 24/04/2016


Dr. Joacila Braga Brandão
CRM: 1741/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	LUAN RODRIGUES QUEIROZ FEITOSA
DATA DE NASCIMENTO	19/10/91
NOME DA MÃE	MARIA DAS NEVES RODRIGUES DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	813.340
PRONTUÁRIO N.º	86.043
DATA DO ATENDIMENTO	09/02/15
HORA DO ATENDIMENTO	03:07
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE ÔNIBUS
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA COMINUTIVA SUBTROCANTÉRICA DO FÊMUR DIREITO GRAVE.
CID 10	V 77 + S 72.1.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE COLISÃO ÔNIBUS X OBJETO, RESGATADO PELO SAMU, QUEIXANDO-SE DE DOR EM COXA DIREITA. EF= EDEMA + DEFORMIDADE EM COXA DIREITA + FCC EM JOELHO DIREITO E NARIZ.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE FÊMUR DIREITO- RELATO COT- FRATURA COMINUTIVA GRAVE SUBTROCANTÉRICA DO FÊMUR DIREITO
RX DE BACIA
RX DO PÉ ESQUERDO
EXAMES LABORATORIAIS PRÉ-OPERATÓRIOS

TRATAMENTO

PACIENTE SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DE FRATURA DO FÊMUR DIREITO, COM REDUÇÃO + FIXAÇÃO. OPERADO POR DR. MILTON LINHARES. HÁ RISCO DE RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PSEUDOARTROSE E INFECÇÃO. MEDICADO. ALTA COM PRESCRIÇÃO E RETORNO AO HTOP.

ALTA HOSPITALAR:	23/02/2025
DATA DA EMISSÃO:	24/04/2016


Dr. Joacila Braga Brandão
CRM: 1741/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE

João Rodrigo Lima

DATA

HORA

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

09/02/15

Ortopedia H

Parte distal do membro inferior direito

fratura fechada

(40) Ind. Hosp.

CRMPB 8753

João Bon
Médico
CRM 19023

09/02/15

= emergência geral + 18:30h

Paciente com história de acidente de trânsito há ± 6h queixas de dor em coxa D e aproximação e deformidade local.

Aparenta ainda ferimento contuso em fêmur D e vazios.

Nega desmaios; vômitos ou tonturas Glasgow 15

Nega queixas torácicas; não apresenta desconforto respiratório.

Nega queixas abdominais

Roux VAT há ± 6 anos (3 doses)

Nega alergias

Exatidão = Sutura + curativo +

Ana Virginia L. da Costa
Cirurgia Geral
CRM-4417

Inibido da coagulação
sol. Pausa do BMT

13 MAR 2015
AG. JOÃO PESSOA
PROTOCOLO



DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
09/02/2015	08:40	#BKF# Leante vítima de acidente de trânsito há aprox. 06h. Nega dorres ou perda da consciência. No momento, consciente, orientado, eupríico, não sonolento. Ao exame físico de face, escarificações em dorso nasal, presente em estruturas nasal. Muc. orais e conjuntivas preservadas. Delusão estável. C.D. - ① Alta da BNF Dr. Antônio M.B. Luna Cirurgião Geral
10/02/15		Paciente interno para trat. cirúrgico (Frat. Femur D). Solicitado exames de sangue. Anexado termo de admissão. Dr. Antônio M.B. Luna
12/2/15		Paciente no momento acordado, consciente, orien- tado receptivo ao atendimento, humor dentro da normalidade. cd: Apoio psicológico. Maria Alice Vieira D. de Lima Psicóloga Clínica Cognitiva e Comportamental Especialista em Neuropsicologia CRP 13/6167
20/02/2015	09:58	Psicologia Paciente apresentando estado emocional regular, humor sem alterações, re- ceptivo ao atendimento. Apoio psi- cológico. Luana Dantas de Oliveira Mendes Psicóloga Clínica Hospitalar Especialista em Saúde Mental CRP 13/6167



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

21/02/2015

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H.E.E.T.S.H.L

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H.E.E.T.S.H.L

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Raanan Rodrigues Queiroz Feitosa

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

813340

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD. PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO GERAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD.

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD.

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

ex^a Richard Inteplan
Parafusos Deslizante n^o 85 — 01
Placa Desl 16 Furos 90° — 01
Parafusos Corticais n^o 34 — 03

ex^a 4,5 Inteplan
Parafusos Corticais n^o 64 — 01
n^o 34 — 01
n^o 34 — 03

Antesintese
02 - Fio de Kirschner n^o 25

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO

() CNS () CPF

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHL

Nome: Lucas Fernandes D. Fátima BE/Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 1/1/1

Clinica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: _____

Cirurgião: Dr. Milton Lima 1º Assistente: Dr. Carlos Alberto

2º Assistente: Dr. R. R. R. 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: geral Horário: Início _____:_____:_____: Término _____:_____:_____:

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
- Fístula suboculocutânea com gosto de fumaça (2)	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
- TCC cirúrgico do fístula suboculocutânea com gosto de fumaça (2) com fixação	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

(X) Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Rafael Figueiredo
CRM 2203

João Pessoa, 25/12/15



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

17 MAR 2017
PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA
FLEISHI

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Pac. em PAH sob anestesia G. para ortopédia
- Assinatura e impressão de M.O.
- Posição de campos estéril

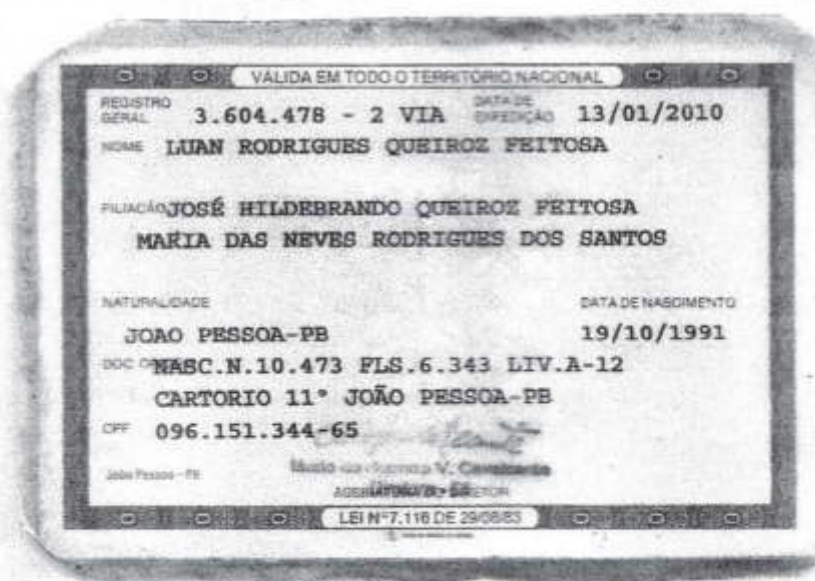
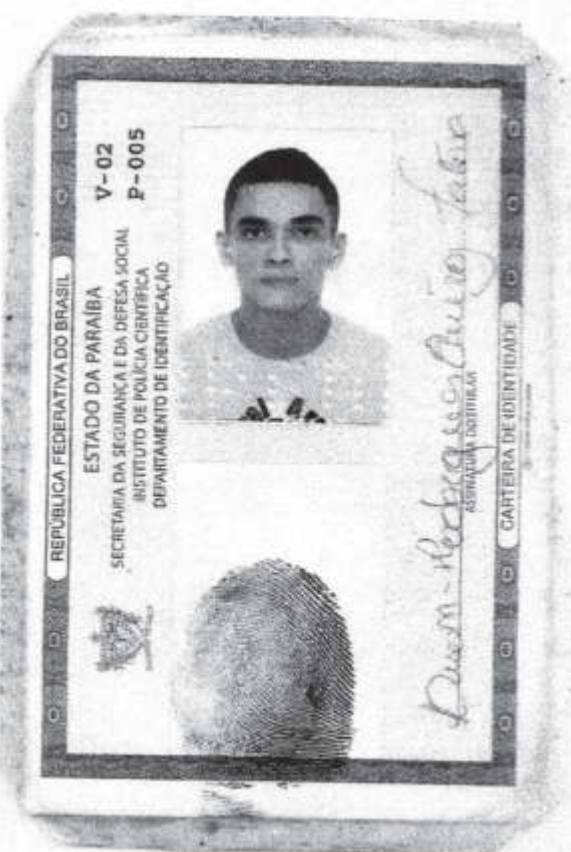
Incisão:



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SENADOR HUMBERTO LUCENA

FICHA DE
ANESTESIA

DATA: 21/07/15	PACIENTE: LUAN RODRIGUES QUEIROZ FERREIRA	SEXO:	COR:	IDADE:	REGISTRO:
HOSPITAL:	CATEGORIA:	ACOMODACÃO:	ENDEREÇO DO PACIENTE - FONE:		
PRESSÃO ARTERIAL:	PULSO:	RESPIRAÇÃO:	TEMPERATURA:	PESO:	GRUPO SANGÜÍNEO:
ESTADO GERAL: BOM ☐ REGULAR ☐ MAU ☐ PESSIMO ☐	RISCO CIRÚRGICO: BOM ☐ REGULAR ☐ MAU ☐ PESSIMO ☐				
EXAMES COMPLEMENTARES:					
AP. RESPIRATÓRIO: 17 VUA S/DN	AP. CIRCULATÓRIO: REC 2T, BMT, S/SOPROS				
AP. DIGESTIVO: S/MC	ESTADO MENTAL: LUCIDO	DROGAS EM USO:			
PRÉ ANESTÉSICO DOSE/HORA:	ESTADO FÍSICO (ASA): 1 2 3 4 5 6				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:					
CIRURGIA REALIZADA: OSTEOSINTESE (X) FRAT. FEMUR.					
CIRURGIÃO:			AUXILIARES:		
INÍCIO DA ANESTESIA:		TÉRMINO DA ANESTESIA:		DURAÇÃO DA ANESTESIA:	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 01.000.000.000		QUANT. DE OH:		VALOR R\$:	
ANESTESISTA: Dr. Leonardo S. Silva		CPF: 012.70150-2		CRM PB:	
AGENTE / HORAS: 0h 4h 10h 12h 14h					
H ₂ O: 0 20 40 60 80 100 120 140 160 180 200 220 240					
LÍQUIDOS: 0 20 40 60 80 100 120 140 160 180 200 220 240					
VENOSOS: 0 20 40 60 80 100 120 140 160 180 200 220 240					
PULSO: 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000					
ANESTESIA X: PARTIAL					
SETORIZAÇÃO: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					
ANESTESIA GERAL ☒ RAQUIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☐ PUTROS ☐					
TÉCNICA:					
LÍQUIDOS	VOLUME EM ML	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO			
GLICOSE		1. CEFALGICA 2g + DIAPYRAMID + PAINEL 200			
NaCl		2. ZOPRAN 75 + DECAORON 100 + PROFENID 100			
SANGUE		3. MIDO 200ml 15g + FER 100ml 150mg			
RINGER		4. RAQUIMICO 100ml C/AL 25(12)			
TOTAL		5. + MARCA 100ml 15g (21) + 10			
DESTINO DO PACIENTE		APT: 1200 FERR 01/15 (41)		RESIDÊNCIA	OUTROS
ASSINATURA DO ANESTESISTA		Dr. Leonardo S. Silva			



Processo

Nº Processo: 0009955-53.2015.815.2001
 Classe: PROCEDIMENTO SUMARIO
 Status: ATIVO
 Localizador: CLS 07032017
 Vara: 13A. VARA CIVIL DE JOAO PESSOA
 Distribuição: 27/03/2015
 Valor Ação: R\$13.500,00

Assuntos:

SEGURO ACIDENTE DE TRANSITO

Partes:

Tipo	Nome da Parte	Situação	Advogado(s)	Documento
1 AUTOR	LUAN RODRIGUES QUEIROZ FEITOSA	ATIVO	IARA FERREIRA RAMOS	RG 3604478 PB
2 REU	MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A	ATIVO	ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA	CNPJ 81074175000138

Movimentações:

	Data	Descrição
1	06/03/2017	CONCLUSOS PARA DESPACHO 07/03/2017
2	06/03/2017	JUNTADA DE PETICAO PETICAO (OUTRAS) 06/03/2017 P010045172001 17:57:45 MAPFRE
3	23/02/2017	PROTOCOLIZADA PETICAO PETICAO (OUTRAS) 23/02/2017 P010045172001 14:47:53 MAPFRE
4	31/01/2017	PUBLICADO 31/01/2017 DESPACHO
5	27/01/2017	EXPEDICAO DE DOCUMENTO NOTA DE FORO 27/01/2017 NF 02/17
6	15/12/2016	PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE 15/12/2016
7	15/12/2016	CONCLUSOS PARA DESPACHO 15/12/2016
8	15/12/2016	PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE 15/12/2016
9	24/08/2016	CONCLUSOS PARA DESPACHO 25/08/2016
10	24/08/2016	EXPEDICAO DE DOCUMENTO CERTIDAO 24/08/2016
11	02/06/2016	ATO ORDINATORIO PRATICADO 01/06/2016
12	02/06/2016	JUNTADA DE PETICAO PETICAO (OUTRAS) 02/06/2016 P033229162001 16:43:57 LUAN RO
13	02/06/2016	JUNTADA DE PETICAO CONTESTACAO 02/06/2016 P032578162001 16:43:57 MAPFRE
14	02/06/2016	JUNTADA DE MANDADO 02/06/2016 D022016162001 16:43:57 003
15	26/04/2016	PROTOCOLIZADA PETICAO PETICAO (OUTRAS) 26/04/2016 P033229162001 18:00:01 LUAN RO
16	25/04/2016	PROTOCOLIZADA PETICAO CONTESTACAO 25/04/2016 P032578162001 17:46:13 MAPFRE
17	19/04/2016	PUBLICADO 19/04/2016 DESPACHO
18	19/04/2016	PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE 30/03/2016
19	15/04/2016	EXPEDICAO DE DOCUMENTO NOTA DE FORO 15/04/2016 NF 21/16
20	12/04/2016	EXPEDICAO DE DOCUMENTO MANDADO 12/04/2016 MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A
21	30/11/2015	CONCLUSOS PARA DESPACHO 01/12/2015
22	30/11/2015	JUNTADA DE PETICAO PETICAO (OUTRAS) 30/11/2015 DECLARACAO MEDICA AUTOR
23	30/11/2015	EXPEDICAO DE DOCUMENTO CERTIDAO 30/11/2015
24	26/11/2015	PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE 26/11/2015 SEM DESPACHO
25	23/09/2015	CONCLUSOS PARA DESPACHO 24/09/2015
26	23/09/2015	AUDIENCIA DE CONCILIAÇÃO REALIZADA 23/09/2015 15:00 13.ª VC
27	23/09/2015	MANDADO DEVOLVIDO CUMPRIDO COM FINALIDADE NAO ATINGIDA 23/09/2015 001 REU
28	23/09/2015	JUNTADA DE MANDADO 23/09/2015 D082456152001 13:21:02 001
29	23/09/2015	JUNTADA DE MANDADO 23/09/2015 D081967152001 13:21:02 002
30	25/08/2015	EXPEDICAO DE DOCUMENTO MANDADO 25/08/2015 CITANT AUDIENCIA 001/002
31	25/08/2015	EXPEDICAO DE DOCUMENTO MANDADO 25/08/2015 LUAN RODRIGUES QUEIROZ FEITOSA
32	25/08/2015	EXPEDICAO DE DOCUMENTO MANDADO 25/08/2015 MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A
33	18/08/2015	PUBLICADO 18/08/2015 DESPACHO
34	14/08/2015	EXPEDICAO DE DOCUMENTO NOTA DE FORO 14/08/2015 NF 42/15
35	07/08/2015	AUDIENCIA DE CONCILIAÇÃO DESIGNADA 23/09/2015 15:00 13.ª VC
36	30/07/2015	PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE 30/07/2015
37	21/07/2015	CONCLUSOS PARA DESPACHO 22/07/2015
38	21/07/2015	JUNTADA DE PETICAO PETICAO (OUTRAS) 21/07/2015 P037868152001 16:34:20 LUAN RO
39	10/06/2015	PROTOCOLIZADA PETICAO PETICAO (OUTRAS) 10/06/2015 P037868152001 12:26:28 LUAN RO
40	03/06/2015	EXPEDICAO DE DOCUMENTO CERTIDAO 03/06/2015
41	19/05/2015	PUBLICADO 19/05/2015 DESPACHO
42	15/05/2015	EXPEDICAO DE DOCUMENTO NOTA DE FORO 15/05/2015 NF 23/15
43	07/05/2015	PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE 07/05/2015
44	04/05/2015	CONCLUSOS PARA DESPACHO 05/05/2015
45	27/03/2015	DISTRIBUIDO POR SORTEIO 27/03/2015 TJEJPD

Os resultados apresentados são de caráter informativo, não substituindo avisos ou intimações publicados no Diário da Justiça.

Sentença



Painel de Consulta
Tribunal de Justiça da Paraíba
Consulta Processual - Autoatendimento

Número do Processo: 0009955-53.2015.815.2001
Data de Distribuição: 27/03/2015
Classe Judicial: PROCEDIMENTO SUMARIO
Vara: 11A, VARA CIVIL DE JOÃO PESSOA
Localizador: AUTOS BAIKADOS
Assuntos: SEGURO ACIDENTE DE TRANSITO

Últimas movimentações: 09/04/2018 03:42:51

04/04/2018: BAIXA DEFINITIVA 04/04/2018 16:03 TJEJPK6
04/04/2018: TRANSITADO EM JULGADO EM 14/02/2018
22/01/2018: PUBLICADO 22/01/2018 NF 02/18
09/01/2018: EXPEDICAO DE DOCUMENTO NOTA DE FORO
09/01/2018 NF 02/18
24/10/2017: PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE
23/10/2017

Este relatório é um resumo com 5 movimentações de um total de 58

• LUAN.

13 ABR 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA